

慶弔給付金請求書兼証明書(兼変更届)

請求日 年 月 日

請求金額										円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(公財)上越勤労者福祉サービスセンター理事長 様

下記給付事由があったことを証明し、(公財)上越勤労者福祉サービスセンターの慶弔給付基準に基づき給付金を請求し、それに伴い下記の事項を変更します。

【事業主証明欄】

事業所名 _____ 事業主名 _____ 印

会員番号										会員氏名	フリガナ	結婚祝金請求者 氏名変更時のみ記入 旧姓()
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------	-------------------------------

事業主証明印が必要になります。(事業主証明印がないものは給付できません。)

【該当項目】 該当する項目の番号に○印および内容をご記入ください。

1.結婚祝金	結婚年月日	年 月 日	同居家族	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	
	住 所	〒		配偶者			
		TEL.					
		フリガナ					
2.出生祝金	子の氏名	生年月日		続柄			
3.傷病休業見舞金	病 名	休業期間	年 月 日から 年 月 日まで (計 日)				
4.死亡弔慰金	死亡者氏名	(歳)	死亡年月日		続柄		
5.住宅災害保険金	り 災 日	年 月 日	火災等 ・ 自然災害 (どちらかに○をしてください)				
	※添付書類が必要となります。事務局へお問い合わせください。 (り災証明書・修理業者による見積書等)						

振込先変更時金融機関記入欄(事業所宛に限る)

(会費の振替口座以外を希望する場合は、ご記入ください。)

金融機関名		支店名	
預金種目	口座番号	フリガナ	
普通・当座		口座名義	

※給付事由等の内容については、ガイドブックP.8またはホームページをご覧ください。

全労済協会の支払基準に基づき給付を行っているため、添付書類等を提出していただく場合があります。

※各該当の項目は全てご記入ください。記入がないものは、確認のご連絡をさせていただきます。

※記載された個人情報、サービスセンター事業に関する業務以外には使用しません。

詳細はこちら

(公財)上越勤労者福祉サービスセンター

TEL. 025-545-9055 FAX. 025-545-9080



照合印	受付印
振込日	